

UNIDADE 5: EVITE O EXCESSO DE MORBIDADE, DE MORTALIDADE MATERNA E DE RECÉM-NASCIDOS



Dois terços das mortes maternas evitáveis e 45% das mortes de recém-nascidos ocorrem em países afetados por conflitos recentes, desastres naturais ou ambos.⁹¹ Condições de vida estressantes e acesso limitado a provedores de saúde qualificados e instalações de saúde agrava a vulnerabilidade das mulheres afetadas pela crise e aumenta o risco de morbidade e mortalidade devido a complicações relacionadas à gravidez.

Existem vários recursos úteis que fornecem abordagens passo a passo para integrar cuidados obstétricos de emergência e recém-nascidos (EmONC) na programação humanitária, incluindo o *Manual de campo Interagência sobre Saúde Reprodutiva em Contextos Humanitários, Gerenciando Complicações na Gravidez e no Parto: Um Guia para Parteiras e Médicos*, e o Grupo de Trabalho Interagências (IAWG) sobre Saúde Reprodutiva (SR) através de Iniciativas de Parcerias de Treinamento em Crises da série de treinamentos de atualização de extensão clínica.⁹² Recursos úteis para fornecer e melhorar as estratégias e programas nacionais de atendimento ao recém-nascido incluem *Saúde do recém-nascido em ambientes humanitários: Guia de campo e Diretrizes operacionais para melhorar a saúde do recém-nascido em operações de refugiados*.⁹³

No final da unidade, os aprendizes serão capazes de:

- ▶ explicar por que a prevenção da morbidade e mortalidade materna e neonatal é uma prioridade;
- ▶ explicar quais partos limpos e seguros, cuidados essenciais ao recém-nascido e serviços básicos e abrangentes de EmONC devem ser disponibilizados e acessíveis em crises;
- ▶ definir os requisitos para um sistema de referência eficaz;
- ▶ listar maneiras de garantir que a atenção pós-aborto esteja disponível e o que fazer se uma mulher se apresentar para receber cuidados; e
- ▶ explicar como disponibilizar suprimentos e produtos para entrega limpa e para atendimento imediato ao recém-nascido, se o acesso a uma unidade de saúde não for possível.

91 Sarah Zeid, Flavia Bustreo, Maha Taysir Barakat, Peter Maurer, and Kate Gilmore, "For Every Woman, Every Child, Everywhere: A Universal Agenda for the Health of Women, Children, and Adolescents," *The Lancet* maio 16, 2015, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60766-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60766-8).

92 *Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings. Assisted Vaginal Delivery via Vacuum Extraction — Refresher Training; Uterine Evacuation in Crisis Settings Using MVA — Refresher Training; and BEmONC in Humanitarian Settings: Select Signal Functions*, IAWG, accessed abril 8, 2019, <http://iawg.net/tpi-home/resources>.
Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. (WHO, UNFPA, and UNICEF, 2017), <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255760/1/9789241565493-eng.pdf?ua=1>.

93 *Newborn Health in Humanitarian Settings: Field Guide* (Save the Children, WHO, and UNICEF, janeiro 1, 2018). <http://iawg.net/resource/newborn-health-humanitarian-settings>; *Operational Guidelines on Improving Newborn Health in Refugee Operations* (UNHCR, 2015), <http://www.unhcr.org/protection/health/54bd0dc49/operational-guidelines-improving-newborn-health-refugee-operations.html>.

PSIM para objetivos e atividades de SSR

PREVINIR O EXCESSO DE MORBIDADE E MORTALIDADE MATERNA E DE RECÉM-NASCIDOS.

Para prevenir o excesso de morbidade e mortalidade materna e neonatal desde o início de uma emergência, o Coordenador de SSR, gerentes de programa e prestadores de serviços devem trabalhar com o setor/grupo de saúde para:

- ▶ garantir a disponibilidade e acessibilidade de partos limpos e seguros, cuidados essenciais ao recém-nascido e serviços EmONC que salvam vidas;
- ▶ estabelecer um sistema de referência 24 horas por dia, 7 dias por semana para facilitar o transporte e a comunicação da comunidade para o centro de saúde e hospital;
- ▶ garantir a disponibilidade de atenção pós-aborto em centros de saúde e hospitais; e
- ▶ garantir a disponibilidade de suprimentos e produtos para partos limpos e cuidados imediatos ao recém-nascido, onde o acesso a uma unidade de saúde não for possível ou não for confiável.

Por que a prevenção da morbidade e mortalidade materna e neonatal é uma prioridade?

Em qualquer população afetada pela crise, aproximadamente 4% da população total estará grávida a qualquer momento. Dessas mulheres grávidas, aproximadamente 15% terão complicações obstétricas, como trabalho de parto obstruído ou prolongado, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, infecção ou sangramento grave. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 9% a 15% dos recém-nascidos precisarão de cuidados de emergência que salvam vidas.⁹⁴ A maioria das mortes maternas e neonatais ocorre na época do trabalho de parto, parto e período pós-parto imediato. O primeiro dia de vida é o de maior risco para os recém-nascidos. Em contextos humanitários, o colapso dos sistemas de saúde pode causar aumentos nas mortes maternas e neonatais devido a complicações não tratadas que podem ser evitadas em situações estáveis (por exemplo, trabalho de parto obstruído). Este aspecto aborda as principais causas da mortalidade e morbidade materna e neonatal, além das intervenções que salvam vidas e que devem estar disponíveis em qualquer crise humanitária.

O que faz com que as mulheres morram de complicações na gravidez?

As causas comuns de mortalidade materna são hemorragia (anteparto e pós-parto), sepse pós-parto, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, complicações de aborto, gravidez ectópica e trabalho de parto prolongado ou obstruído. Atrasos no acesso a cuidados essenciais, que podem ser causados por muitos fatores, podem custar a vida das mulheres. Os atrasos que contribuem para a probabilidade de morte materna podem ser agrupados usando um modelo simples chamado de Três Atrasos:

- ▶ **Atraso 1:** Atraso na decisão de procurar atendimento;
- ▶ **Atraso 2:** Atraso no atendimento (impossibilidade de transporte, más condições das estradas, insegurança, postos de controle, toque de recolher, etc.); e

⁹⁴ Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings.

- **Atraso 3:** Atraso no recebimento de cuidados de qualidade (ausência ou falta de pessoal qualificado, falta de equipamentos/insumos, altos custos de tratamento, necessidade de pagamento inicial antes de receber atendimento, etc.).

A equipe de emergência precisa se certificar de que os serviços básicos e abrangentes de EmONC estejam disponíveis e que haja um foco imediato na prevenção de atrasos no acesso a serviços de qualidade para mulheres durante o trabalho de parto e parto e no período pós-parto imediato.

Quais são algumas maneiras de lidar com complicações intraparto?

A OMS estima que, em qualquer população, 5% a 15% de todos os partos podem exigir uma cesariana. Se o percentual for alto, pode significar que há uso de cesarianas não indicadas. Se for baixo, o fornecimento de EmONC pode não ser adequado para a população. Mulheres com emergências obstétricas e aquelas que requerem transfusão de sangue e cirurgia deverão ser encaminhadas a um hospital que ofereça CEmONC.

Onde a mutilação genital feminina Tipo III é comum, os coordenadores de SSR e gerentes de programas de saúde devem garantir que os prestadores de serviços de SSR sejam treinados em desinfibulação conforme necessário para o parto ou que um sistema de referência seja estabelecido para provedores treinados. Os provedores devem garantir que mulheres e meninas tenham informações sobre todos os aspectos do procedimento e obtenham consentimento.

Estimativas de cesarianas necessárias com base em uma população de 150.000 com uma taxa bruta de natalidade (TBN) de 4%

número esperado de nascidos vivos em um período de 3 meses	$150,000 \times 0.04 \text{ (CBR)} \times .25$	1500 Nascimentos
número de partos que requerem uma cesariana em um período de 3 meses	1500×0.05	75 Partos

Garantindo cuidados maternos e neonatais em ambientes urbanos e instáveis

Trabalhar dentro do setor/grupo de saúde para identificar e apoiar as unidades de saúde, com suprimentos médicos e recursos humanos para garantir a prestação de cuidados para partos normais, EmONC básico e abrangente, cuidados essenciais para recém-nascidos e um sistema de referência de emergência 24 horas por dia, 7 dias por semana. Em circunstâncias em que uma "taxa de usuário" é uma barreira para os serviços de saúde, defenda junto aos governos, quando viável, e às agências das Nações Unidas, como a OMS, Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) para acesso gratuito a serviços de saúde materna e neonatal, incluindo serviços EmONC.

As mulheres e as comunidades também precisam ser informadas sobre os sinais de perigo da gravidez e onde procurar atendimento imediato. Para as populações instáveis e em ambientes urbanos, é improvável que as populações afetadas pela crise saibam onde as mulheres podem ir para obter cuidados durante o parto ou para complicações do parto. Garantir que informações explícitas estejam disponíveis para informar as mulheres grávidas e a comunidade afetada pela crise quando e onde as mulheres podem ter acesso aos cuidados. Além disso, identificar como as comunidades estão atualmente obtendo informações, se é que as obtêm, como por exemplo, por meio de rádio, telefones celulares ou outros meios de comunicação. Para informar as comunidades, considerar usar estes métodos e os modelos adaptáveis de informação, educação e comunicação disponíveis em jawg.net/resource/universal-adaptable-information-education-communication-iec-templates-misp.

O PSIM para atividade SSR:

Garantir a disponibilidade e acessibilidade de partos limpos e seguros, cuidados essenciais para recém-nascidos e serviços EmONC

Onde os partos limpos e seguros, os cuidados essenciais ao recém-nascido e os serviços EmONC devem estar acessíveis?

A experiência anterior mostrou que, no início de uma emergência, pode haver um aumento nos partos que ocorrerão fora da unidade de saúde, sem a assistência de profissionais de saúde treinados. Como as complicações do parto são difíceis de prever, a OMS recomenda que **todos os nascimentos** sejam atendidos por profissionais de saúde qualificados e que sejam realizados em instituições de saúde equipadas e com pessoal para tratar complicações

O que precisa ser implementado nos diferentes níveis de saúde para prevenir o excesso de morbidade e mortalidade materna e neonatal?

Os provedores de saúde devem promover o atendimento qualificado a todos os partos em uma unidade de saúde para prevenir a morbidade e mortalidade materna e neonatal, quando possível. Eles também devem garantir que um número suficiente de atendentes qualificados, equipamentos e suprimentos (especialmente medicamentos que salvam vidas) estejam disponíveis e as mulheres sejam informadas da localização das unidades de saúde.

No nível da comunidade, informações devem ser fornecidas à comunidade sobre a disponibilidade de partos seguros e serviços de EmONC e sobre a importância de buscar atendimento nas unidades de saúde. Kits de parto limpo devem ser dados a mulheres visivelmente grávidas e parteiras para promover partos em casa limpos quando o acesso a uma unidade de saúde não for possível. Ao distribuir kits de parto limpos, lembrar às mulheres que ainda é importante para elas dar à luz em uma unidade de saúde, se possível.

Instalações de cuidados de saúde primários devem fornecer atendentes de parto qualificadas (incluindo parteiras) e suprimentos para partos vaginais, cuidados essenciais ao recém-nascido e fornecimento de EmONC (BEmONC) básico.

Hospitais de referência devem fornecer todas as atividades da unidade de saúde acima, bem como equipe médica qualificada e suprimentos para o fornecimento de EmONC abrangente (CEmONC)

Adolescentes

Identificar adolescentes grávidas na comunidade e conecta-las às unidades de saúde para incentivar os partos nas unidades.



Funções de sinal do EmONC básico e abrangente*

Assegurar o EmONC básico em todos os centros de saúde. Isso significa que a equipe é qualificada e que tem os recursos para fazer o seguinte:

1. Administre antibióticos parenterais para o tratamento da Sepses materna.
2. Administrar drogas anticonvulsivantes parenterais (por exemplo, sulfato de magnésio) para controlar pré-eclâmpsia e eclâmpsia grave.
3. Realizar parto vaginal assistido (por exemplo, extração a vácuo).
4. Remover manualmente a placenta.
5. Remover os produtos da concepção retidos após o parto ou após um aborto incompleto.
6. Realizar a ressuscitação neonatal básica (por exemplo, com bolsa e máscara).
7. Administrar drogas uterotônicas (por exemplo, oxitocina parenteral ou comprimidos de misoprostol) para o tratamento de hemorragia pós-parto e administrar ácido tranexâmico intravenoso, além do tratamento padrão para mulheres com hemorragia pós-parto clinicamente diagnosticada.

Garantir EmONC abrangente em hospitais. Isso significa que a equipe é qualificada e que tem os recursos para apoiar todas as intervenções 1–7 acima, mais:

8. Fazer uma cirurgia (por exemplo, cesariana).
9. Realize uma transfusão de sangue segura, observando as precauções universais de prevenção de infecções.

**As funções de sinal são intervenções médicas essenciais usadas para tratar as complicações obstétricas diretas que causam a grande maioria das mortes maternas em todo o mundo.*

EmONC Básico

Os Cuidados obstétricos e neonatais básicos de emergência (BEmONC) devem ser fornecidos no nível do centro de saúde para abordar as principais complicações do parto, incluindo complicações neonatais. Embora o atendimento especializado em todos os partos em uma unidade de saúde seja ideal porque pode ajudar a reduzir a morbidade e mortalidade associadas à gravidez e ao parto, pode não ser viável no início da resposta humanitária. No entanto, no mínimo, certificar-se de que as intervenções BEmONC e a capacidade de encaminhar ao hospital para EmONC abrangentes estejam disponíveis 24 horas por dia, 7 dias por semana em cada centro de saúde.

EmONC Compreensivo

Cuidados obstétricos e neonatais de emergência abrangentes (CEmONC) devem ser fornecidos em hospitais de referência para tratar de complicações obstétricas. Sempre que possível, deve-se apoiar os hospitais do país anfitrião com pessoal qualificado, infraestrutura

e insumos de saúde, incluindo medicamentos e equipamento cirúrgico, conforme necessário para fornecer CEmONC. Se isso não for viável devido à localização do hospital ou à incapacidade de atender ao aumento da demanda, o Coordenador de SSR deve trabalhar com o setor/grupo de saúde e uma agência, como o Comitê Internacional da Cruz Vermelha, a Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, Médecins Sans Frontières ou outras organizações não governamentais (ONGs) para fornecer o CEmONC. Os serviços podem ser disponibilizados, por exemplo, estabelecendo um campo temporário ou um hospital de referência perto da população afetada pela crise.

Principais Sinais de Perigo na Gravidez

- ▶ Sangramento vaginal
- ▶ Dor abdominal intensa
- ▶ Convulsões
- ▶ Forte dor de cabeça
- ▶ Febre
- ▶ Respiração acelerada ou difícil

Quais são alguns medicamentos e suprimentos vitais necessários para lidar com complicações maternas e neonatais?

Fornecer parteiras e outras atendedoras de parto qualificadas em centros de saúde materiais com medicamentos e materiais para realizar partos, fornecer cuidados a recém-nascidos, tratar complicações e estabilizar as mulheres antes do transporte para o hospital, se necessário.

Os medicamentos e suprimentos que salvam vidas que devem estar disponíveis incluem:

- ▶ **antibióticos** para prevenção e tratamento de infecções maternas;
- ▶ **uterotônicos** (ocitocina, misoprostol e ácido tranexâmico) para prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto;
- ▶ **anticonvulsinantes** (sulfato de magnésio) para prevenção e tratamento de pré-eclâmpsia e eclâmpsia graves;
- ▶ **suprimentos de reanimação de recém-nascidos**, incluindo bolsa e máscara;
- ▶ **antibióticos** (gentamicina e ampicilina) para o tratamento de infecções neonatais;
- ▶ **esteróides pré-natais** (dexametasona) para trabalho de parto prematuro e **antibióticos** (penicilina e eritromicina) para ruptura prematura de membrana antes do parto, apenas em hospitais de referência especializados. Profissionais de saúde qualificados em hospitais de referência especializados devem ser capazes de gerenciar complicações obstétricas, fornecer cuidados intensivos neonatais, estimar com precisão a idade gestacional e administrar esteróides (dexametasona para maturidade pulmonar fetal).

Atenção ao recém-nascido

Os cuidados essenciais ao recém-nascido são os cuidados básicos necessários para cada bebê. Aproximadamente dois terços das mortes infantis ocorrem nos primeiros 28 dias de vida. A maioria dessas mortes podem ser evitadas com o início de ações essenciais que podem ser realizadas por profissionais de saúde, mães ou outros membros da comunidade. Um grande desafio é que aproximadamente 5% a 10% dos recém-nascidos não respiram espontaneamente ao nascer e precisam de ajuda para respirar. As principais razões para a falta de respiração incluem parto prematuro e eventos intraparto agudos, resultando em asfixia grave.

Sinais de perigo para recém-nascidos

Os seguintes sinais de perigo indicam que um recém-nascido deve ser encaminhado a uma unidade de saúde por familiares e agentes comunitários de saúde:

- ▶ Não se alimentando bem
- ▶ Ataques ou convulsões
- ▶ Atividade reduzida ou falta de movimento
- ▶ Respiração acelerada (mais de 60 respirações por minuto)
- ▶ Tórax intenso ao puxar
- ▶ Temperatura acima de 37.5°C ou abaixo de 35.5°C
- ▶ Tamanho muito pequeno ao nascer

Equipe médica formalmente treinada é capaz de identificar sinais de perigo adicionais.

Quais são os serviços essenciais para todos os recém-nascidos?

Os cuidados com o recém-nascido fazem parte dos cuidados para a mãe e o bebê. Em ambientes humanitários, os cuidados essenciais ao recém-nascido são fornecidos na comunidade, no centro de saúde e no hospital e incluem o seguinte:

- ▶ **Cuidado térmico:** Secagem, aquecimento, contato pele a pele e banho longo.
- ▶ **Prevenção de infecções / higiene:** Práticas de parto limpas, lavagem das mãos, pele e cordão umbilical limpos e cuidados com os olhos.
- ▶ **Suporte de alimentação:** Contato pele a pele, suporte imediato e exclusivo para amamentar e não descartar o colostro (ou seja, primeiro leite).
- ▶ **Monitoramento:** Avaliação frequente para sinais de perigo de infecções graves e outras condições que requerem cuidado extra fora da casa ou do unidade de saúde.
- ▶ **Verificações de cuidados pós-natal:** Cuidados prestados em casa ou o mais perto possível na primeira semana de vida. As primeiras 24 horas são os momentos mais críticos e uma visita pós-natal deve ser uma prioridade. Todo esforço deve ser feito para levar os recém-nascidos para casa o mais rápido possível após o parto.

Clorexidina para cuidar do cordão umbilical em casa

A aplicação diária de digluconato de clorexidina 7,1% no coto do cordão umbilical durante a primeira semana de vida é recomendada para recém-nascidos que nascem em casa, em locais com alta mortalidade neonatal. É uma intervenção de baixo custo, aceitável e viável, que reduz a morbimortalidade neonatal relacionada à infecção e a Sepsé. Onde as mulheres foram treinadas na aplicação de clorexidina para cuidados com o cordão umbilical antes da emergência, a clorexidina pode ser adquirida como um kit complementar de saúde reprodutiva de emergência Interagência (IARH) (início de 2020).

Um cordão umbilical limpo e seco o cuidado recomendado para recém-nascidos em centros de saúde e em casa em ambientes com baixa mortalidade neonatal.

Importante observar: A OMS emitiu um alerta de que a solução aquosa ou em gel de digluconato de clorexidina 7,1% (10ml) causou danos graves quando aplicada por engano nos olhos. Isso resultou em lesões oculares graves, incluindo cegueira.⁹⁵



⁹⁵ Information Exchange System, Alert No. 133 Chlorhexidine 7,1% digluconate (CHX) aqueous solution or gel (10ml) Reports of serious eye injury due to errors in administration (World Health Organization, fevereiro 2019), https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/alert133_chlorhexidine.pdf.

Quais cuidados com o recém-nascido devem ser fornecidos nas unidades de saúde e no hospital?

Cuidado do recém-nascido no nível do estabelecimento de saúde

Tratar as complicações durante o parto e garantir o monitoramento do trabalho de parto usando partograma com as ações adequadas para as complicações.

Estar preparado para a reanimação do recém-nascido a cada nascimento, incluindo secagem, limpeza das vias aéreas conforme necessário, estimulação e ventilação com bolsa e máscara.

Fornecer cuidados essenciais para todos os recém-nascidos.

Para prematuros e com baixo peso ao nascer/recém-nascidos pequenos, onde bebês e mães estão clinicamente estáveis, iniciar o contato pele a pele, apoiar a amamentação imediata e encaminhar para um hospital o mais rápido possível.

Gerenciar sinais de possíveis infecções bacterianas graves em recém-nascidos, incluindo diagnóstico, classificação, fornecimento da primeira dose de antibióticos e encaminhamento para um hospital assim que possível.

Cuidado do recém-nascido no nível de hospital

Garantir o espaço para reanimação do recém-nascido na enfermaria de parto e a capacidade e os suprimentos para fornecer ventilação com bolsa e máscara.

Tratar as complicações durante o parto e garantir o monitoramento do trabalho de parto usando partograma com as ações adequadas para as complicações.

Prover ressuscitação ao recém-nascido, incluindo secagem, desobstrução das vias aéreas conforme necessário, estimulação e ventilação com bolsa e máscara. Continuar a cuidar de recém-nascidos com dificuldade respiratória.

Continuar a cuidar de recém-nascidos com dificuldade respiratória.

Fornecer cuidados essenciais para todos os recém-nascidos.

Estabelecer uma unidade de cuidado materno-canguru para bebês e mães que estão clinicamente estáveis, apoiar a amamentação imediata e seguir as diretrizes da OMS para bebês prematuros, incluindo o tratamento de sinais graves de infecções bacterianas em recém-nascidos.

Método mãe-canguru para bebês prematuros e com baixo peso ao nascer

O cuidado mãe-canguru é uma das maneiras mais promissoras de salvar bebês prematuros e com baixo peso ao nascer em todos os ambientes. Essa forma de cuidado, iniciada nas unidades de saúde, envolve ensinar aos profissionais de saúde e cuidadores a como manter os recém-nascidos aquecidos por meio do contato contínuo pele a pele 24 horas por dia na mãe ou no peito do cuidador. O cuidado mãe-canguru pode melhorar significativamente outros tratamentos bem conhecidos para a prematuridade, como o cuidado térmico, apoio à amamentação, prevenção e controle de infecções e reanimação neonatal.



A realidade da implementação do PSIM para SSR no Nepal

Após o terremoto no Nepal em abril de 2015, o UNFPA estimou que 1,4 milhão de mulheres em idade reprodutiva foram afetadas, incluindo 93.000 mulheres grávidas, das quais 1.000 a 1.500 tinham probabilidade de sofrer complicações.⁹⁶ O Pacote de Serviço Inicial Mínimo (PSIM) para Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) foi iniciado imediatamente pelo governo e por atores internacionais e locais.

Em setembro de 2015, uma avaliação de PSIM para SSR foi conduzida por uma equipe do IAWG sobre SR em Crises. Em relação ao objetivo de prevenção da morbimortalidade materna e neonatal, a avaliação revelou que as unidades visitadas prestavam serviços de parto normal e que o BEmONC estava disponível. Para aumentar os partos em instalações no distrito de Sindhupalchowk, um hospital temporário com um sistema de referência de emergência foi instalado em prol do CEmONC, e campanhas de rádio e televisão foram realizadas para fornecer informações às mulheres sobre os serviços.

No entanto, após o fechamento deste hospital temporário, o CEmONC não estava acessível de forma consistente em Sindhupalchowk. Os participantes da discussão do grupo focal relataram ter evitado os postos de saúde próximos ou o hospital distrital ao enfrentar complicações e ir diretamente ao hospital distrital vizinho ou Kathmandu para atendimento de qualidade. As barreiras contínuas para o acesso à assistência ao parto nas instalações incluem os custos diretos e indiretos associados ao acesso às instalações, principalmente em distritos distantes.

Kits de partos limpos foram distribuídos a mulheres grávidas em Sindhupalchowk e havia prestação de serviços de cuidados a recém-nascidos nos distritos de Katmandu e Sindhupalchowk, com cuidados abrangentes bem estabelecidos em hospitais de nível superior em Katmandu. Sindhupalchowk relatou que as barreiras à implementação de cuidados abrangentes ao recém-nascido incluíam a falta ou mau funcionamento de equipamentos.

⁹⁶ Myers, et al., "Facilitators and Barriers in Implementing the Minimum Initial Services Package."

O PSIM para atividade SSR:

Estabelecer um sistema de referência 24 horas por dia, 7 dias por semana

Quando deve ser disponibilizado um sistema de encaminhamento para emergências obstétricas?

Como a maioria das mortes maternas e perinatais se deve à falta de ajuda qualificada a tempo nas complicações do parto, é fundamental ter um sistema bem coordenado para identificar complicações obstétricas e garantir seu tratamento imediato e/ou encaminhamento para um centro de saúde com BEmONC ou um hospital com capacidade CEmONC, conforme necessário. Os coordenadores de SSR devem coordenar com o setor/grupo de saúde e as autoridades do país anfitrião, bem como com as comunidades, para garantir que um sistema de referência (incluindo meios de comunicação e transporte) seja estabelecido nos primeiros dias em um ambiente humanitário.

O sistema de referência deve apoiar a gestão de complicações obstétricas e neonatais 24 horas por dia, 7 dias por semana. Deve assegurar que mulheres, meninas e recém-nascidos que precisam de cuidados de emergência sejam encaminhados da comunidade para um centro de saúde onde o BEmONC esteja disponível. Pacientes com complicações obstétricas e emergências neonatais que não podem ser tratadas no centro de saúde devem ser estabilizadas e transportadas para o hospital mais próximo disponível com os serviços CEmONC.

Quais são os requisitos para um sistema de referência eficaz e eficiente?

Para garantir um sistema de referência eficaz e eficiente:

- ▶ Desenvolver políticas, procedimentos e práticas a serem seguidas nos centros de saúde e hospitais para garantir encaminhamento eficiente.⁹⁷
- ▶ Avaliar as instalações de referência para garantir suprimentos, recursos humanos e infraestrutura adequados para fornecer CEmONC.
- ▶ Determinar as distâncias da comunidade afetada aos centros de saúde em funcionamento e ao hospital, bem como as opções de transporte para encaminhamentos - incluindo motoristas, combustível suficiente e telefones celulares/rádios/satélites - disponíveis 24 horas por dia, 7 dias por semana.
- ▶ Publicar protocolos em cada centro de saúde, especificando quando, onde e como encaminhar pacientes com emergências obstétricas e neonatais para o próximo nível de atendimento.
- ▶ Em um acampamento, negociar com a equipe de segurança do acampamento o acesso vital ao hospital de referência, a fim de permitir o transporte de pacientes de emergência à noite.
- ▶ Informar as comunidades sobre os sinais de perigo da gravidez e sobre onde procurar atendimento de emergência para complicações na gravidez e no parto:

97 . O ideal é que os hospitais e centros de saúde tenham políticas e procedimentos de referência em vigor antes de uma crise humanitária para garantir que o sistema de saúde esteja pronto para responder.

- As mensagens devem ser compartilhadas em vários formatos e idiomas (por exemplo, Braille, linguagem de sinais, formatos pictóricos) para garantir a acessibilidade e também em grupos de discussão, por meio de extensão liderada pela comunidade (com mulheres, lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queer, intersexuais e assexuais [LGBTQIA] e grupos de pessoas com deficiência) e em outros canais apropriados para o ambiente (por exemplo, parteiras, agentes comunitários de saúde, líderes comunitários, mensagens de rádio ou folhetos informativos em latrinas femininas).
- Quando for impossível estabelecer serviços de referência 24 horas por dia, 7 dias por semana, certificar-se de que funcionários qualificados estejam disponíveis o tempo todo nos centros de saúde para fornecer BEmONC. Por exemplo, estabelecer um sistema de comunicação, como o uso de rádios ou telefones celulares, para obter orientação médica e apoio de pessoal mais qualificado. O Coordenador de SSR também deve trabalhar por meio do setor/grupo de saúde para resolver o problema e garantir que as populações tenham acesso a EmONC básicos e abrangentes.



Nota: Estabelecendo um Sistema de Referência em Cox's Bazar, Bangladesh

Em Cox's Bazar, Bangladesh, o acesso e o transporte para unidades de saúde e hospitais de referência eram desafiadores devido ao terreno difícil.⁹⁸ Além de mobilizar ambulâncias, mais de 20 Tom Toms (uma motocicleta com assentos) foram usados para trazer mulheres grávidas e outros necessitados às unidades de saúde. O número de telefone do coordenador do Tom Tom foi compartilhado e o serviço estava disponível dia e noite. Um Tom Tom por instalação também estava estacionado para.

O PSIM para atividade SRH:

Garantir a disponibilidade de atenção pós-aborto em centros de saúde e hospitais

A atenção pós-aborto é a estratégia global para reduzir a mortalidade e o sofrimento causado pelas complicações do aborto inseguro e espontâneo (também chamado de amblose) e é uma intervenção que salva vidas. Morte e lesões causadas por aborto inseguro continuam a ser um sério problema de saúde pública que afeta mulheres, meninas, famílias e comunidades inteiras. Globalmente, o aborto inseguro, definido como um aborto realizado por pessoas sem as habilidades necessárias ou em um ambiente sem os padrões médicos mínimos, ou ambos, é responsável por quase 8% das mortes maternas, 97% das quais ocorrem no mundo em desenvolvimento.⁹⁹ Mulheres e meninas em ambientes humanitários podem correr um risco maior de gravidez não intencional e aborto inseguro.

⁹⁸ Visitar site web Women's Refugee Commission, February 2018.

⁹⁹ "Induced Abortion Worldwide," Guttmacher Institute, March 2018, <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide>; and *Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*, p. 48.

A maioria dos países permite que o aborto seja realizado por um ou mais dos seguintes motivos, incluindo quando a gravidez:

- ▶ põe em perigo a vida da mulher;
- ▶ ameaça à saúde física e/ou mental da mulher;
- ▶ é o resultado de estupro ou incesto; ou
- ▶ envolve um feto com deficiência grave.

Todos os países permitem o acesso legal à atenção pós-aborto de emergência, independentemente da situação legal de acesso ao aborto. Mulheres e meninas também correm o risco de aborto espontâneo e algumas requerem atendimento oportuno e apropriado.

O que deve ser feito se uma mulher se apresentar para atendimento pós-aborto?

Normalmente, as mulheres que se apresentam para atendimento pós-aborto são casos ambulatoriais e apresentam sintomas que podem incluir sangramento vaginal, dor abdominal, febre ou calafrios.¹⁰⁰ Mulheres que sofreram complicações mais graves podem apresentar choque, hemorragia, sepse e lesão intra-abdominal. As complicações graves são mais prováveis em locais onde o acesso à atenção ao abortamento legal seguro e legal é limitado.

Se uma mulher se apresentar para atendimento pós-aborto, um profissional de saúde qualificado deve fazer o seguinte:

- ▶ **Fazer uma avaliação inicial rápida.** Se uma mulher mostra sinais e sintomas de choque ou tem sangramento vaginal intenso, ela precisa de estabilização imediata.
- ▶ **Assim que a avaliação inicial e a estabilização estiverem em andamento, conduzir uma avaliação clínica mais completa para determinar a causa e iniciar o tratamento.** Isso inclui um histórico e exame físico direcionado com tratamento urgente simultâneo para o manejo definitivo das causas subjacentes. O choque em clientes de atenção pós-aborto é geralmente hemorrágico ou séptico:
 - *O choque hemorrágico é o resultado de perda sanguínea grave, que pode ser causada por um aborto incompleto, atonia uterina ou lesão vaginal, cervical, uterina ou intra-abdominal.*
 - *O choque séptico é o resultado final da infecção, que pode vir de aborto incompleto, endometrite ou lesão intra-abdominal.*
- ▶ **Fornecer evacuação uterina imediata, se o tratamento exigir.** No primeiro trimestre, isso geralmente é feito por meio de aspiração a vácuo ou através do uso de misoprostol. Se a mulher precisar de tratamento além da capacidade do serviço onde ela é atendida, estabilizar sua condição antes de transferi-la para um serviço de nível superior.
- ▶ **Fornecer ou encaminhar o paciente para profilaxia antitetânica.** Mulheres que fizeram abortos inseguros com instrumentos não estéreis correm o risco de tétano, principalmente em comunidades onde houve relato de tétano após o aborto.
- ▶ **Ofereça a todas as mulheres que se apresentam para atendimento pós-aborto informações, aconselhamento e serviços contraceptivos, uma vez que suas necessidades médicas imediatas tiverem sido atendidas.**

¹⁰⁰ Mais informações sobre atenção pós-aborto estão disponíveis na Unidade 8 sobre atenção ao aborto seguro em toda a extensão da lei



Nota: Provisão de Cuidados pós-aborto em Cox's Bazar, Bangladesh

Em Cox's Bazar, Bangladesh, uma parceria com o Ipas apoiou a implantação imediata de serviços de atenção pós-aborto.¹⁰¹ O aumento de profissionais de saúde treinados e a disponibilidade de produtos adequados facilitou a prestação de serviços. As instalações de referência foram equipadas com recursos humanos e bens para fornecer atenção pós-aborto de forma sistemática

O PSIM para atividade SSR:

Garantir a disponibilidade de suprimentos e produtos para partos limpos e cuidados básicos de recém-nascidos

Quais materiais básicos podem ajudar mulheres grávidas a ter um parto limpo em uma emergência?

Em todos os ambientes humanitários, existem mulheres e meninas em estágios avançados de gravidez e que, portanto, darão à luz durante a emergência. No início de uma resposta humanitária, os partos geralmente ocorrem fora de um centro de saúde, sem a assistência de parteiras qualificadas. Em muitos lugares, os partos caseiros são comuns. Quando o acesso a uma unidade de saúde não for possível, é importante disponibilizar kits de parto limpos a todas as mulheres visivelmente grávidas para melhorar o parto e as práticas essenciais de cuidados ao recém-nascido. Certificar-se de incluir informações - no idioma local - sobre como usar o kit, para enfatizar a importância do parto em uma unidade de saúde na presença de um profissional qualificado e sobre como acessar as unidades de saúde próximas. A distribuição pode ser feita nos locais de registro ou por meio de agentes comunitários de saúde onde houver uma rede estabelecida. Em locais onde o acesso às instalações não é possível e as parteiras tradicionais estão ajudando nos partos em casa, elas podem receber pacotes de entrega limpos.

Qual é a melhor maneira de obter pacotes limpos?

Pacotes de kit de entrega limpa (Kit IARH 2A) e suprimentos para distribuição no nível da comunidade podem ser solicitados ao UNFPA por meio do processo de aquisição de Kit IARH.¹⁰² Como estes materiais costumam ser facilmente obtidos localmente e não têm validade, é possível montar estes kits no local e pré-estocá-los em locais em que não precisem estar imediatamente disponíveis. Se possível, considerar contratar uma ONG local para produzir os kits, o que poderia fornecer um projeto de geração de renda para as mulheres locais. Se for tomada a decisão de adquirir localmente os itens como medida de preparação, é essencial garantir a qualidade dos itens individuais que estão sendo adquiridos; o escritório do UNFPA no país ou o Departamento de Serviços de Aquisições pode apoiar este esforço.

¹⁰¹ Site visitado, Women's Refugee Commission, fevereiro 2018.

¹⁰² 101 Para encomendar os kits acesse <https://www.unfpaprocurement.org/humanitarian-supplies>.



Nota: Garantindo a disponibilidade de suprimentos de entrega limpa

Se a situação permitir, montar pacotes de entrega limpos localmente pode ser uma boa oportunidade para identificar e organizar grupos de mulheres e parteiras tradicionais. Isso oferece a oportunidade de conversar sobre como informar e encorajar todas as mulheres grávidas a dar à luz em uma unidade de saúde e sobre o reconhecimento e encaminhamento precoce de pessoas que sofrem de complicações obstétricas. Os grupos de mulheres podem fazer os pacotes e depois distribuí-los gratuitamente para mulheres grávidas. Isso é particularmente útil porque, como os grupos de mulheres fazem parte da população afetada pela crise, é provável que já saibam quais mulheres estão perto do prazo de parir e que precisam dos materiais. Os responsáveis pela distribuição dos kits também devem ser informados sobre os estabelecimentos mais próximos, os sinais de perigo da gravidez e a importância do parto com acompanhante especializado para que possam repassar estas informações às mulheres que visitam.

Há algum tipo de atividade relacionada ao cuidado materno que não seja prioridade em uma crise?

O estabelecimento de serviços de atendimento pré-natal e o treinamento de parteiras são atividades apropriadas que devem ser estabelecidas o mais rápido possível. No entanto, estas intervenções não são uma prioridade na emergência imediata e não devem desviar a atenção da necessidade mais urgente de acesso a um parto baseado em instalações de qualidade, serviços básicos e abrangentes de EmONC e cuidados neonatais.

O treinamento das parteiras existentes em partos limpos e seguros pode esperar até que a situação se estabilize. A identificação das parteiras, entretanto, e a garantia de que sejam informadas sobre o sistema de encaminhamento, deve ser realizada desde o início de uma crise. É importante observar que a definição de “pessoal qualificado” foi atualizada para refletir as novas evidências e o foco em ser competente na prestação de cuidados durante o parto. A OMS não recomenda a formação de novas parteiras tradicionais, mas sim informar todas as mulheres e a comunidade sobre os sinais de perigo da gravidez e facilitar o encaminhamento para unidades de saúde e, na fase estável das emergências humanitárias, apoiar a formação profissional das parteiras.



Nota: Prevenindo o Excesso de Mortalidade e Morbidade Materna e Neonatal em Cox's Bazar, Bangladesh

- ▶ O UNFPA e os parceiros puderam enviar obstetras e anestesistas (uma combinação de equipes nacionais e internacionais) para as instalações de referência para fornecer CEmONC.¹⁰³
- ▶ As parteiras, que foram as primeiras a responder em todos os níveis do sistema de saúde, foram treinadas em estabilização inicial e apoiadas com produtos e suprimentos.
- ▶ Foi garantido um número adequado de parteiras para prestar serviços 24 horas por dia, 7 dias por semana, além de ter mentoras para apoiar os novos recrutas e incentivá-los a prestar cuidados baseados em evidências.
- ▶ Kits de parto limpo foram distribuídos logo no início da emergência por meio de clínicas móveis de SSR, de clínicas estáticas e de agentes comunitários de saúde. Um estoque de contingência foi mantido o tempo todo para garantir que houvesse suprimentos suficientes para atender às necessidades dos novos Rohingya que chegavam ao longo de semanas.

Unidade 5: Pontos Chave

- ▶ Para prevenir o excesso de morbidade e mortalidade materna e neonatal, a OMS recomenda que todos os partos sejam assistidos por profissionais de saúde qualificados e ocorram em instituições de saúde equipadas e com pessoal para lidar com complicações.
- ▶ Cada centro de saúde deve ter assistentes de parto qualificados e suprimentos para partos vaginais, cuidados essenciais ao recém-nascido e intervenções BEmONC, bem como a capacidade de encaminhar para o hospital para CEmONC 24 horas por dia, 7 dias por semana.
- ▶ Os serviços essenciais para todos os recém-nascidos incluem cuidados térmicos, prevenção de infecções/higiene, apoio alimentar, monitoramento e checagem de cuidados pós-natal.
- ▶ As parteiras e outras atendentes de parto qualificadas devem receber materiais e medicamentos para realizar partos, fornecer cuidados ao recém-nascido, tratar complicações e estabilizar as mulheres antes do transporte para o hospital, se necessário.
- ▶ Um sistema de referência deve ser estabelecido para facilitar o transporte e a comunicação da comunidade com o centro de saúde e com o hospital para gerenciar complicações obstétricas e neonatais 24 horas por dia, 7 dias por semana.
- ▶ Os membros da comunidade devem ser informados sobre os sinais de perigo da gravidez e do parto e sobre onde procurar atendimento de emergência para complicações na gravidez e no parto.
- ▶ A atenção pós-aborto deve estar disponível nos centros de saúde e hospitais porque em ambientes humanitários, as mulheres e meninas podem estar em maior risco de abortos espontâneos, gravidez não intencional e abortos inseguros.
- ▶ Pacotes de partos limpos devem ser disponibilizados a todas as mulheres visivelmente grávidas para melhorar as práticas de parto e cuidados essenciais ao recém-nascido quando o acesso a uma unidade de saúde não for possível.

103 Site visit, Women's Refugee Commission, February 2018.

Desafios e Soluções

Desafios	Soluções
E se não for possível garantir serviços de referência 24 horas por dia, 7 dias por semana, devido à insegurança na área?	Sem acesso a adequados, básicos e abrangentes EmONC, mulheres, meninas e recém-nascidos morrerão desnecessariamente. Portanto, é importante tentar negociar o acesso a uma instalação de referência apropriada dentro de qualquer sistema de referência de emergência. Quando for impossível estabelecer serviços de referência 24 horas por dia, 7 dias por semana, é essencial que uma equipe qualificada esteja disponível o tempo todo para estabilizar os pacientes através de BEmONC. Nessa situação, estabelecer um sistema de comunicação, como o uso de rádios ou telefones celulares, seria útil para se comunicar com pessoal mais qualificado para orientação e apoio médico.
E se a população afetada pela crise não tiver um histórico de acesso rotineiro aos serviços de parto assistido?	Como muitas mulheres em países em desenvolvimento dão à luz rotineiramente em suas casas, uma atividade essencial a ser realizada é garantir que a comunidade - especialmente parteiras e parteiras tradicionais existentes - conheça os sinais de perigo e para onde encaminhar as mulheres imediatamente, conforme necessário. Também é importante encaminhar os recém-nascidos a uma unidade de saúde caso apresentem algum dos sinais de perigo. Oferecer incentivos para partos em unidades de saúde, como vale-transporte e kits para recém-nascidos. Planejar e implementar treinamentos e outras oportunidades de desenvolvimento de capacidades para todo o pessoal de saúde treinado, uma vez que a emergência esteja estável e o PSIM para SSR tenha sido totalmente implementado para garantir atendimento de qualidade e respeito.
O que mais pode ser usado para transporte além de uma ambulância?	Nem todas as unidades de saúde têm ambulâncias. Dependendo do contexto, outras soluções podem incluir, mas sem se limitar a, carroças puxadas a burro, macas, veículos alugados e bicicletas.
O que pode ser feito se um hospital de referência não tiver os suprimentos salvavidas necessários para o BEmONC e para o CEmONC?	Discutir a questão durante a reunião de coordenação de SSR e o setor/grupo de saúde. Trabalhar com o UNFPA para determinar se os kits IARH já estão disponíveis no país. Trabalhar com agências das Nações Unidas, incluindo OMS, ACNUR e UNFPA, Programa Mundial de Alimentos (PMA) e o grupo de logística para ver se eles podem apoiar a aquisição e gestão de suprimentos. Discuta a questão com o Ministério da Saúde e/ou defenda que os suprimentos disponíveis devem ser enviados aos hospitais de referência.

LISTA DE VERIFICAÇÃO PSIM PARA MONITORAMENTO DE SSR: EVITAR O EXCESSO DE MORBIDADE E MORTALIDADE MATERNA E DE RECÉM- NASCIDOS

A lista abaixo de verificação do PSIM para SSR, pode ser usada para monitorar a prestação de serviços de SSR em emergências humanitárias.

5. Prevenir o excesso de morbidade e mortalidade materna e neonatal			
5.1	Disponibilidade de EmONC básico e abrangente por 500.000 habitantes	Sim	Não
	Centro de saúde com EmONC básico, cinco por 500.000 habitantes		
	Hospital com EmONC abrangente, um por 500.000 habitantes		
5.2	Centro de saúde (para garantir EmONC básico 24/7)	Sim	Não
	Um trabalhador de saúde qualificado de plantão por 50 consultas ambulatoriais por dia		
	Suprimentos adequados, incluindo suprimentos para recém-nascidos para apoiar os EmONC básicos disponíveis		
	Hospital (para garantir EmONC abrangente 24/7)	Sim	Não
	Um trabalhador de saúde qualificado de plantão por 50 consultas ambulatoriais por dia		
	Uma equipe composta por médico, enfermeira, parteira e anestesista de plantão		
	Medicamentos e suprimentos adequados para apoiar o EmONC abrangente 24/7		
	Assistência pós-aborto (APA)		
	Cobertura da APA: (número de unidades de saúde onde a APA está disponível/ número de unidades de saúde) x 100	%	
	Número de mulheres e meninas recebendo APA		
5.3	Sistema de referência para emergências obstétricas e neonatais funcionando 24 horas por dia, 7 dias por semana (meios de comunicação [rádios, telefones celulares])	Sim	Não
	Transporte da comunidade para o centro de saúde disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana		
	Transporte do centro de saúde para o hospital disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana		
5.4	Cadeia de frio em funcionamento (para oxitocina, testes de triagem de sangue) estabelecida		
5.5	Proporção de todos os partos em unidades de saúde: (número de mulheres que dão à luz com saúde em instalações no período especificado/número esperado de nascimentos no mesmo período) x 100	%	

5. Prevenir o excesso de morbidade e mortalidade materna e neonatal		
5.6	Necessidade de EmONC atendida: (número de mulheres com complicações obstétricas maiores diretas tratadas em instalações de EmONC no período especificado/número esperado de mulheres com complicações obstétricas diretas graves na mesma área no mesmo período) x 100	%
5.7	Número de partos cesáreos/número de nascidos vivos nas unidades de saúde x 100	%
5.8	Suprimentos e produtos para partos limpos e cuidados com o recém-nascido	
5.9	Cobertura do kit de parto limpo: (número de kits de parto limpo distribuídos onde o acesso às unidades de saúde não é possível/número estimado de mulheres grávidas) x 100	%
5.10	Número de kits para recém-nascidos distribuídos, incluindo em clínicas e hospitais	
5.11	Comunidade informada sobre o perigo de sinais de complicações na gravidez e no parto e sobre onde procurar atendimento	

MATERIAIS E SUPRIMENTOS

Quais suprimentos são necessários ou quais kits IARH podem ser solicitados para oferecer um parto limpo e seguro, cuidados essenciais para recém-nascidos e serviços EmONC?

Kits IARH (2019)

Os kits IARH são categorizados em três níveis, visando os três níveis de prestação de serviços de saúde. Os kits são projetados para uso por um período de três meses para um tamanho específico da população-alvo.¹⁰⁴

Nota: Os kits da IARH não são específicos ao contexto ou abrangentes. As organizações não devem depender apenas dos kits da IARH e devem planejar a integração da aquisição de suprimentos de SSR em seus sistemas de aquisição de saúde de rotina o mais rápido possível. Isso não apenas garantirá a sustentabilidade dos suprimentos, mas também permitirá a expansão dos serviços de SSR do PSIM para a atenção integral.

Nível de atenção à Saúde	Número do Kit	Nome do Kit
Comunidade/unidade de saúde	Kit 2A, 2B	Parto Limpo (A: mãe, B: parteira)
Unidade de atenção primária à saúde (BEmONC)	Kit 6A, 6B	Assistência clínica ao parto - Suprimentos para obstetrícia (A: Reutilizável, B: Consumível)
Unidade de atenção primária à saúde (BEmONC)	Kit 8	Tratamento de complicações de aborto espontâneo ou Amblose
Unidade de atenção primária à saúde (BEmONC)	Kit 9	Reparo do colo do útero e de lagrimas vaginais
Unidade de atenção primária à saúde (BEmONC)	Kit 10	Entrega Assistida com Extração a Vácuo
Hospital de referência (CEmONC)	Kit 11A, 11B	Kit de Cirurgia Obstétrica e Complicações Obstétricas Graves (A: Reutilizável, B: Consumível)
Transfusão de Sangue	Kit 12	Transfusão de Sangue

** Onde houver um kit A e B, isso significa que estes kits podem ser usados juntos, mas também podem ser encomendados separadamente.*

Produtos complementares

Os produtos complementares podem ser solicitados de acordo com a capacidade do ambiente e conforme a capacidade dos prestadores de cuidados de saúde. Os produtos complementares estarão disponíveis no UNFPA em 2020.

¹⁰⁴ 10 kit IARH 2019 será disponível no início do 2020. Verificar com UNFPA(<https://www.unfpa.org>) ou IAWG (<http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011>) para disponibilidade dos kits revisados. Para informações no que respeita os kit disponíveis antes do 2020 ver *Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations* (5th ed., 2011) at <http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011>.

Nível serviço de Parto	Item	Para Complementar
Comunidade/unidade de saúde	Clorexidina	Kit 2A
Comunidade/unidade de saúde	Misoprostol*	Kit 2B, 6A, 8
Comunidade/unidade de saúde	Kit Interagência de suprimentos para recém-nascidos (comunidade) **	Kit 2A, 2B
Unidade de atenção primária à saúde (BEmONC)	Traje anti-choque não pneumático	Kit 6A
Unidade de atenção primária à saúde (BEmONC)	Oxitocina	Kit 6B
Unidade de atenção primária à saúde (BEmONC)	Kit Interagência de emergência de saúde (Módulo básico para malária)	Kit 6B
Unidade de atenção primária à saúde (BEmONC)	Kit interagência de suprimentos para cuidados neonatais (unidade de saúde primária) **	Kit 6A, 6B
Unidade de atenção primária à saúde (BEmONC)	Mifepristone*	Kit 8
Unidade de atenção primária à saúde (BEmONC)	Sistema de Parto Assistido por Vácuo Portátil	Kit 10
Hospital de referência (CEmONC)	Kit interinstitucional de suprimentos para cuidados neonatais (hospital) **	Kit 11A, 11B

* O misoprostol também pode ser adquirido para complementar os kits 6A e 8 para o nível de unidade de saúde primária.*

** No momento da impressão do IAFM 2018, os kits de suprimentos para recém-nascidos ainda não estavam disponíveis.



Teste da Unidade 5: Previna o Excesso de Morbidade e mortalidade Materna e de Recém-nascidos

1. Qual das opções abaixo **não** é um serviço essencial para todos os recém-nascidos?
 - a. Secagem, aquecimento, contato pele a pele e banho longo
 - b. Prevenção de infecções/higiene
 - c. Suporte de alimentação: descartar o colostro (ou primeiro leite) e depois dar apoio na amamentação ou no uso da fórmula, se disponível
 - d. Monitoramento de sinais de perigo de infecções graves
 - e. Verificações de cuidados pós-natal
2. Onde os serviços BEmONC e / ou CEmONC devem estar acessíveis?
 - a. Em hospitais de referência
 - b. Em centros de saúde
 - c. No nível da comunidade
 - d. Letra A e letra B
3. Os recém-nascidos devem ser encaminhados para uma unidade de saúde se estiverem com atividade reduzida ou falta de movimento.

Verdadeiro ou **Falso**

4. Se uma mulher se apresentar para atendimento pós-aborto, a **primeira** coisa que um profissional de saúde qualificado deve fazer é encaminhá-la a um hospital.

Verdadeiro ou **Falso**

5. Com quem o Coordenador de SSR deve trabalhar para estabelecer um sistema de encaminhamento eficaz no início de uma crise humanitária? Selecione tudo que se aplica:
 - a. Setor/grupo de saúde
 - b. Comunidades
 - c. Autoridades do país anfitrião